

栄養指導箋（加西病院依頼用）

【必須記入】

氏 名：_____ 生年月日：M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別：男・女

疾患名：_____ 身長：_____ cm 体重：_____ kg

●栄養指導が必要な疾患：☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心疾患 ☐ 腎疾患
☐ 肝疾患 ☐ 脂質異常 ☐ 膵疾患 ☐ 潰瘍

●治療状況
糖尿病（経口薬・インスリン）コントロール（良好・不良）
血 圧（_____ / _____ mmHg）コントロール（良好・不良）
検査値 HbA1c _____ % 血糖値 _____ mg/dl（空腹・随時）
A S T _____ I U / I A L T _____ I U / I
T G _____ mg/dl H D L - C _____ mg/dl L D L - C _____ mg/dl
B U N _____ mg/dl C r _____ mg/dl

【参考項目】下記のような栄養指導メニューがあります。指示がある場合は□にチェックをつけて下さい。

* 下記指示がない場合は、疾患に応じ、編みかけメニューの実施を基本とします。

☐ 糖尿病 1,200kcal 塩分 7 g
☐ 糖尿病 1,400kcal 塩分 7 g 女性
☐ 糖尿病 1,600kcal 塩分 7 g 男性
☐ 糖尿病 1,800kcal 塩分 7 g

☐ 糖尿病性腎症 病期 2
☐ 糖尿病性腎症 病期 3
☐ 糖尿病性腎症 病期 4

☐ 高血圧症 塩分 6 g

☐ 虚血性心疾患 1,400kcal 塩 6 g 女性
☐ 虚血性心疾患 1,700kcal 塩 6 g 男性

☐ 腎疾患 1,500kcal 蛋白質 30 g 塩 6 g
☐ 腎疾患 1,800kcal 蛋白質 40 g 塩 6 g

☐ 慢性腎不全 エネルギーIBW×30～32kcal 蛋白質 0.5 g /kgBW 塩 6 g
☐ 慢性腎不全 エネルギーIBW×32～35kcal 蛋白質 0.5 g /kgBW 塩 6 g

☐ 脂質異常症 1,400kcal 塩 7 g
☐ 脂質異常症 1,600kcal 塩 7 g
☐ 膵疾患軽 度 1,700kcal 脂質 25 g 塩 7 g
☐ 潰瘍(回復期)1,800kcal 塩 7 g

☐ 肝不全（蛋白不耐なし）エネルギーIBW×25～30kcal 蛋白質 1.0～1.1 g /kgBW 塩 7 g
☐ 肝不全（蛋白不耐あり）エネルギーIBW×25～30kcal 蛋白質 0.6～0.8 g /kgBW 塩 7 g

☐ アルコールやめる ☐ アルコール控える ☐ 運動量増やす ☐ 運動量控える

☐ 体重減量（現体重より－3 k g） ☐ 体重減量（現体重より－5 k g） ☐ 体重減量（現体重より 5 % ）
* 体重 上記以外はコメント記入してください。

上記に該当しない場合は、エネルギー・蛋白質・塩分などの指示量をお願いします。

☐ コメント

[

]